

Anforderungsprotokoll für bodengebundenen Intensivtransport

IVD - Intensivverlegungsdienst Mitteldeutschland gGmbH

Einsatzmeldung - Zentrale Koordinierungsstelle ITW - Tel.: 0180 5 60 77 60 / Fax: 0180 5 60 33 60

Meldedatum:	meldende Person / Einrichtung:	Telefon:		
Meldeuhrzeit:		Fax:		
Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> max. 2 h	<input type="checkbox"/> 2 - 6 h	<input type="checkbox"/> > 6 h	Verlegung in höhere Versorgungsstufe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kategorie	<i>dringend</i>	<i>schnellstmöglich</i>	<i>disponibel</i>	
Transp.-Kostenübernahme vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Wenn ja, am/von (Kostenträger):	
Bei fehlender oder teilweiser Ablehnung der Kostenübernahme für diesen Transport durch die Krankenkasse, trägt die Quelleinrichtung die Verantwortung für die Übernahme der Kosten!				
Gewünschte(s) Abholdatum / - uhrzeit:		Medizinische Daten (Anamnese / Diagnose)		
Bemerkung:				
Patientendaten		Kreislauf: <input type="checkbox"/> stabil		
Name des Patienten		<input type="checkbox"/> instabil		
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> Katecholamine		
PLZ, Wohnort		Bewußtsein: <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> getrübt		
Straße, Hausnummer		<input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Sedierung		
Krankenkasse / Versicherungsnummer		Atmung: <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Sauerstoff-Gabe		
Verlegende Einrichtung		<input type="checkbox"/> beatmet <input type="checkbox"/> Heimbeatmung		
		<input type="checkbox"/> tracheotomiert <input type="checkbox"/> intubiert		
Quelleinrichtung		Beat.-Form: <input type="checkbox"/> ASB <input type="checkbox"/> CPAP		
		<input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> NIV		
Station		andere: <input type="checkbox"/>		
		Parameter: FiO2: <input type="text"/>		AMV: <input type="text"/>
Ansprechpartner		Pat.-Gewicht <input type="checkbox"/> über 120kg (wieviel?)		
		Pat.-Größe <input type="checkbox"/> über 2,00m (wieviel?)		
Zieleinrichtung		Besonderheit: <input type="checkbox"/> Infektionstransport		
		<input type="checkbox"/> Fixierung erforderlich		
Station		Versorgung: <input type="checkbox"/> externer PM		
		<input type="checkbox"/> Drainagen (Art/Stk.)		
Ansprechpartner		<input type="checkbox"/> peripherer Zugang		
		<input type="checkbox"/> ZVK		
Information:		<input type="checkbox"/> arterielle Kanüle		
		<input type="checkbox"/> IABP		
Bestätigung Einsatzauftrag (ITW) durch zuständigen Arzt!		<input type="checkbox"/> Vakuumatratze		
		<input type="checkbox"/> Sonstige		
Datum / Name / Unterschrift / Stempel (Arzt)		Perfusor(en): <input type="checkbox"/> Anzahl: <input type="text"/>		
		Medikamente:		
		Hinweise / Zusatz: (z.B. Mitnahme Kardioassist-System, etc.)		
		Bestätigung Einsatzauftrag (ITW) durch zuständige RLS!		
		Name Rettungsleitstelle:		
		Datum:		
		Name Bearbeiter:		
		Einsatznummer:		